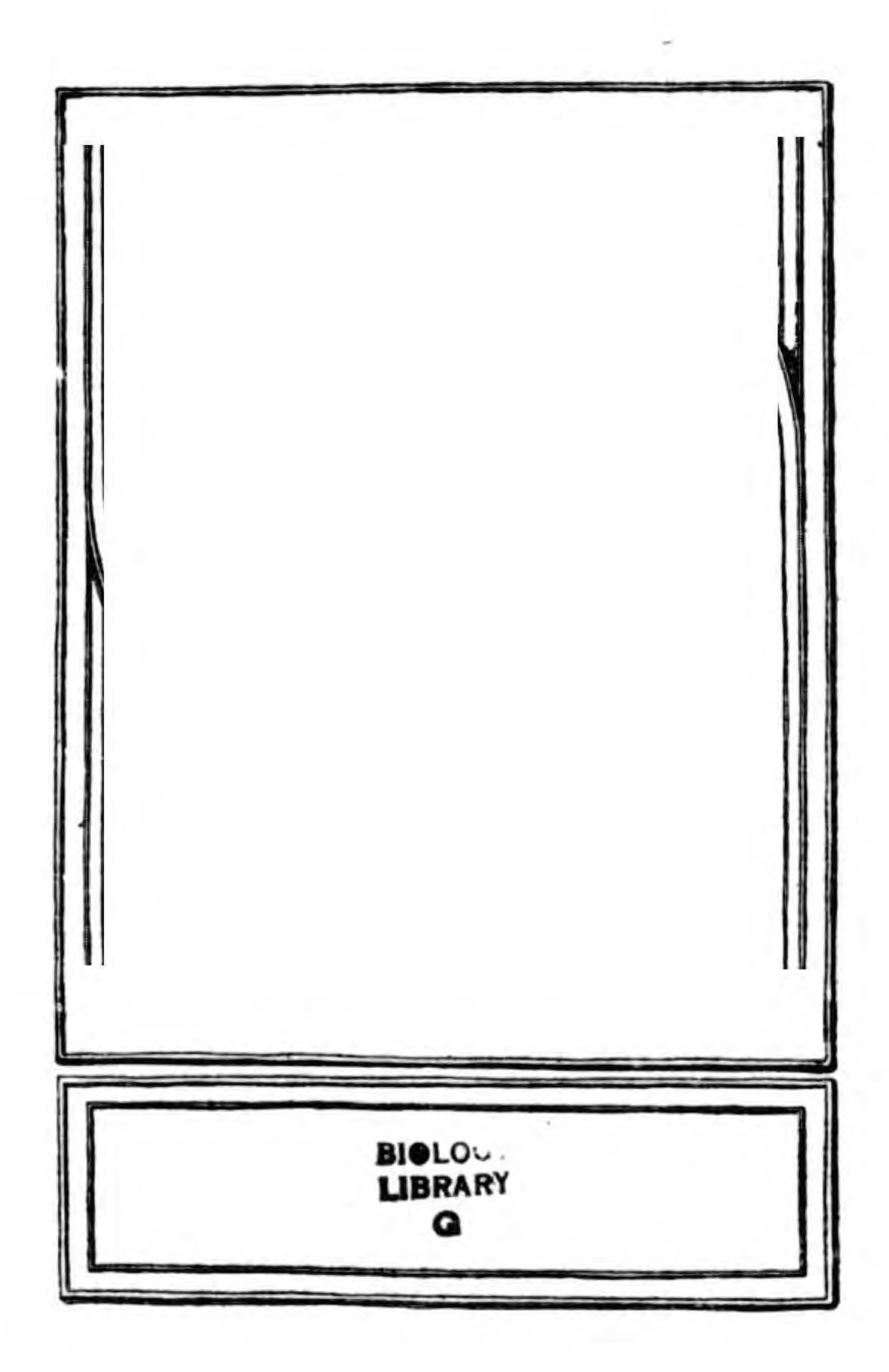
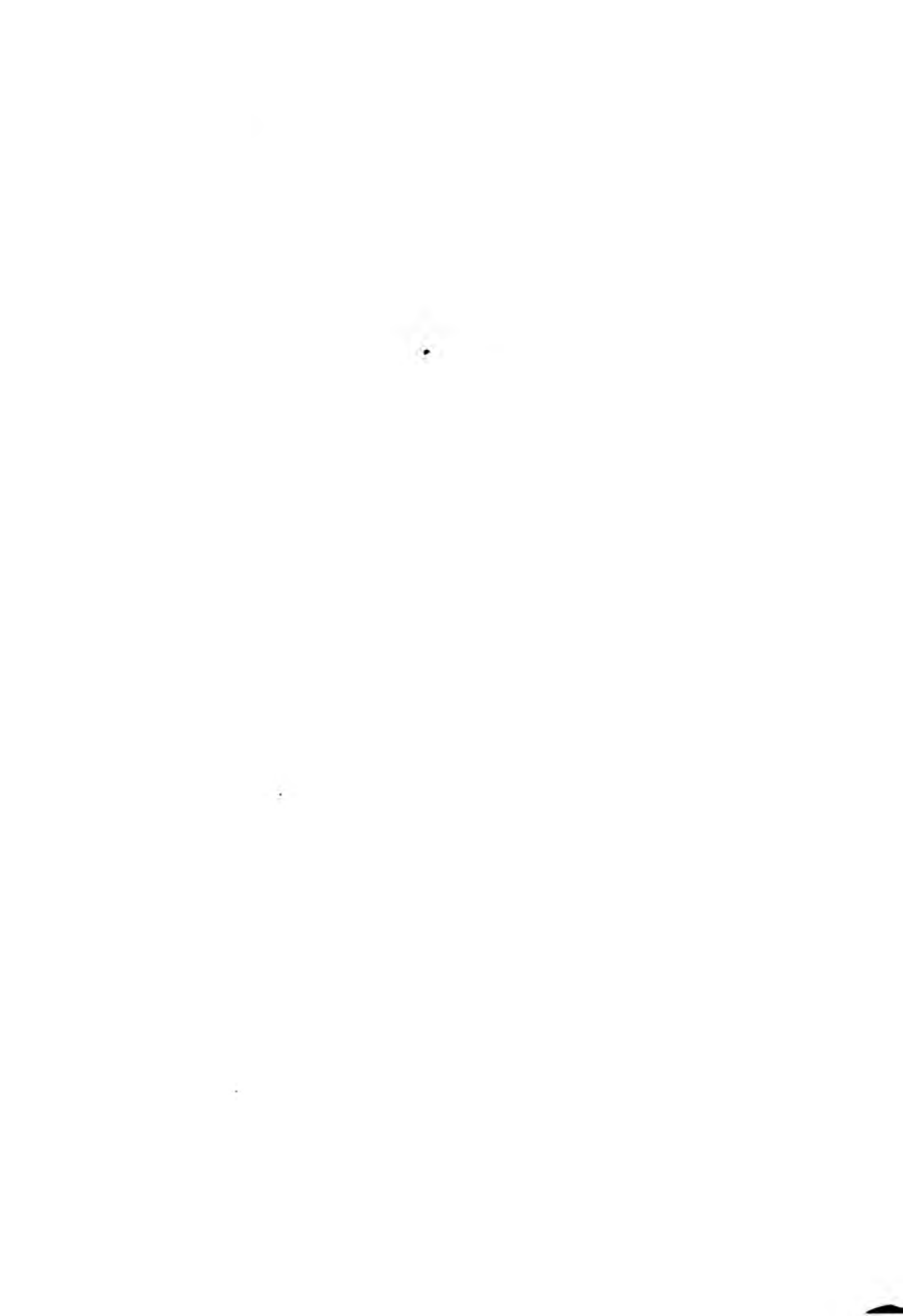

LIBRARY
G





Die Psychanalyse

ihre Bedeutung für die Auffassung und Behandlung psychoneurotischer Zustände

---

VORTRAG

gehalten in der Versammlung schweizerischer Psychiater in Zürich am 21. November 1909

von

Dr. med, L. Frank,

Nervenarzt in Zürich.

1910. Verlag von Ernst Reinhardt in München.



Meine Herren!

In unserer letzten Jahresversammlung wies ich in der Diskussion über die Frage der Anstaltsärzte auf die Notwendigkeit der Schaffung von Polikliniken an den Irrenanstalten hin in der Absicht, einerseits um den noch leicht Erkrankten und besonders auch den ausserordentlich zahlreichen Psychoneurotikern möglichst frühzeitig sachverständige Hilfe zu Teil werden zu lassen, andererseits, um gleichzeitig den Anstaltsärzten eine anregende und ihre psychologischen und psychiatrischen Kenntnisse erweiternde Tätigkeit zuzuführen. Dies tat ich auf Grund meiner Erfahrungen. Das Studium der Psychoneurosen mittels der psychanalytischen Methoden ermöglicht uns deren Verständnis überhaupt erst und erleichtert uns das für gewisse Formen von Psychosen ganz beträchtlich. Das ganze Gebiet der Psychoneurosen wurde bisher an den meisten Universitäten wie in der Praxis in einer Weise vernachlässigt, die sich mir nur durch die Entwicklung unserer Spezialwissenschaft erklärt. Diese Zustände konnten nicht Gegenstand der Behandlung in den geschlossenen Anstalten sein. So wurden die Psychiater, die auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen diese Zustände verstehen konnten, meist nur konsultativ mit ihnen



beschäftigt, während deren Behandlung mehr den aus den innern Kliniken hervorgegangenen Neurologen zufiel. Ohne unhöflich sein zu wollen, kann man sagen, die Psychiater haben diese Zustände wohl verstanden, aber nicht behandelt, und die Neurologen haben sie behandelt, aber meist nicht verstanden. Es ist das unvergängliche Verdienst von Breuer und Freud, in erster Linie für dieses Gebiet eine neue Auffassung und neue Methoden zur Behandlung geschaffen und angeregt zu haben. Vor allem haben sie die Veranlassung gegeben, das Gefühlsleben in nähere Betrachtung zu ziehen, während unsere seitherige Forschungsrichtung, wenn nicht ganz, so doch vorwiegend dem Intellektualleben nachging. Sie gaben uns die Möglichkeit, die im Unterbewusstsein schlummernden, die bewusste Tätigkeit beeinflussenden gefühlsbetonten Vorstellungen, die wir nach Bleuler als Komplexe zu bezeichnen gewohnt sind, in ihrer ausserordentlichen Bedeutung überhaupt zu erkennen. Während wir bisher in der deutschen Psychiatrie uns eigentlich nur mit den zeitweise ins Bewusstsein tretenden Vorstellungen zu befassen gewohnt waren und dabei das gesamte, während des ganzen Lebens im Unterbewusstsein aufgespeicherte Vorstellungs- und Gefühlsmaterial ganz ausser Betracht liessen, so wird uns durch die psychanalytischen Methoden erst der ganze psychische Unterbau und das Gefüge der Determinanten, z. B. für Wahnideen und Gefühlsreaktionen klar gestellt.

Bisher haben wir uns niemals die Fragen gestellt, wie entstehen die Affekte, wie werden sie ausgelöst, wie verlaufen sie, was wird aus ihnen,

wenn sie wohl angeregt, aber in ihrem Ablauf verhindert werden, — wie findet ihre Uebertragung, ihre Verbindung mit den Vorstellungen statt, die sie begleiten, was wird aus ihnen, wenn das Bewusstsein, wenn die Selbstkritik diese affektbetonten Vorstellungen verwirft? Diese Fragen aufwerfen, heisst das ganze Gebiet der Psychoneurosen entfalten. Es kann heute nicht meine Aufgabe sein, Ihnen dieses grosse Gebiet auch nur annähernd in einer Skizze darzustellen. Um Ihnen aber dessen Bedeutung und die Notwendigkeit, dass sich mehr Forscher mit ihm befassen, darzutun, möchte ich Ihnen in aller Kürze die wichtigsten Ergebnisse meiner seitherigen Erfahrungen, die zugleich in den meisten Punkten die Bestätigung anderer Beobachter bringen, zusammenstellen. — In erster Linie wurde ich überrascht durch die ausserordentlich grosse Zahl von Psychoneurosen, wozu ich rechne: Angstzustände, Zwangsvorstellungen, die Phobien, das Stottern, gewisse Verstimmungszustände, Schlafstörungen, nervöse Herz- und Magenstörungen, bestimmte Arten von Kopfschmerzen, gewisse Formen von traumatischen Neurosen, sexuelle Perversitäten etc. — Wir alle haben keine Ahnung, wie gross die Zahl der daran leidenden Menschen ist und können uns infolgedessen kaum einen Begriff machen, wie schwer viele unserer Mitmenschen unter diesen Zuständen leiden.

Als sicher darf ich die Erfahrung hinstellen, dass alle Psychoneurotiker eine ganz bestimmte Krankheitsgruppe darstellen, die sich durch ihre Eigenart genau so charakterisieren lässt, wie die depressiv-manischen Zustände, mit denen sie nach meiner An-

sicht eine sehr nahe verwandtschaftliche Beziehung hat. Es handelt sich um Zustände, deren Anlage wie die der Depressiv-manischen leicht vererbbar ist. Die Psychoneurotiker sind Menschen, die in ihrem Gefühlsleben anders reagieren als die normalen Menschen: Ihr Empfinden ist ausserordentlich leicht erregbar, ansprechbar, die Reaktionsweise eine abnorm tiefe. Die Tiefe der Empfindung führt häufig dazu, dass stark gefühlsbetonte Vorstellungen entweder nicht die Möglichkeit der bewussten associativen Verarbeitung haben, oder dass sie infolge einer eigentümlichen Reaktionsweise nicht fähig sind, die Gefühle in einer Weise abreagieren zu lassen, wie das den normalen Menschen eignet, oder eine pathologische Empfindsamkeit verursacht die Verdrängung peinlich empfundener gefühlsbetonter Vorstellungen aus dem Oberbewusstsein ins Unterbewusstsein. So entstehen die unterbewusst sich aufspeichernden Komplexe, deren Wurzeln wir als schon in den allerersten Lebensjahren entstanden, mit Sicherheit nachweisen können. Wenn ich diese besonders gearteten Menschen kurz charakterisieren soll, so muss ich sagen: sie sind intellektuell meist gut, häufig sogar sehr gut beanlagt, es sind meist ausgesprochene Künstlernaturen, fast alle auch befähigt, sich auf irgend einem Kunstgebiet entweder zu betätigen oder ein besonders hohes Kunstinteresse zu pflegen, — Anlagen wie wir sie bei den meisten Depressivmanischen wiederzufinden gewohnt sind. Auf weitere Aehnlichkeiten und gleiche Reaktionsweise, die mich in meiner Auffassung bestärkt haben, kann ich heute nicht eintreten. Wenn ich vorhin auf die aus-

serordentlich frühzeitige Entstehung der Psychoneurosen in den ersten Kinderjahren hingewiesen habe, so zeigt mir meine Erfahrung, wie ganz ausserordentlich wichtig es ist, dass diese Zustände möglichst frühzeitig, schon in der Jugend erkannt und behandelt werden, und die Erziehung in sachverständiger Weise an die Hand genommen wird. Die Schwierigkeit in der Behandlung älterer Psychoneurotiker zeigt uns, dass sozusagen jedes Jahr Verspätung mit dem Beginn der Behandlung eine umso grössere Arbeit und schliesslich die Unmöglichkeit ihrer Bewältigung in sich schliesst. Hieraus erwächst den Aerzten die Pflicht, sich mit diesen Zuständen näher vertraut zu machen.

Ferner ergab sich mir durch die psychanalytische Methode, dass gewisse depressive Zustände als Störungen im Affektleben aufzufassen sind und zwar entstanden lediglich durch Verdrängung von Affekten. Solche Zustände wurden bisher als neurasthenische mit Wasser, Elektrizität und Ernährungskuren behandelt, weil man sie als gewöhnliche neurasthenische Zustände ansah oder bei oberflächlicher Untersuchung gar den manisch-depressiven Zuständen zurechnete. Bei stärkeren Graden schickte man solche Kranke auch in ungeeignetster Weise zur Behandlung in geschlossene Anstalten — lediglich wegen der falschen Auffassung der Zustände.

Wenn ich Ihnen bisher bei der Erörterung der Entstehung und des Wesens der Psychoneurosen von der Bedeutung des Affektlebens im Allgemeinen sprach, so wollte ich Sie damit ausdrücklich darauf aufmerksam machen, dass nach meinen Beob-

achtungen dabei jeder Affekt in Frage kommen kann und nicht, wie dies besonders von Freud in ausschliesslicher Weise behauptet wird, nur ein Affekt, und zwar der Sexualaffekt. Es bedarf für jeden objektiven Beobachter keiner weitläufigen Ausführungen, um darzutun, dass der Sexuelaffekt bei bei jedem Lebewesen im Vordergrund steht, und dass er sich beim Menschen mit dem Geistesleben in einer Weise verbindet, wei kein anderer Affekt. Wenn Freud, dieser eminente und geniale Forscher und Beobachter seine Aufmerksamkeit nur auf diesen einen Affekt gerichtet, und die andern in ihrer Bedeutung vernachlässigt hat, so kann ich mir dies nicht anders als durch die Einseitigkeit seines Beobachtungsmateriales erklären. Aber dennoch bleibt es, vielleicht gerade dank dieser Einseitigkeit, sein Verdienst, das mit dem Forels coïncidiert, die Aufmerksamkeit der Aerzte auf die Bedeutung des Sexuallebens hingewiesen zu haben, das bis anhin mit altjüngferlicher Prüderie von unsern Fakultäten, wie von den einzelnen Forschern in einer vom naturwissenschaftlichen Standpunkt aus total unbegreiflichen Weise zum grössten Schaden der gesunden wie der leidenden Menschheit unberücksichtigt geblieben ist. Die Animosität gegen die Freud'schen Auffassungen kann ich sehr wohl begreifen, da er überall nur das Sexuelle sieht und geradezu jede bewusste Aeusserung psychischen Lebens auf eine sexuelle Ursache zurückzuführen sucht. Das dichterisch Phantasievolle dabei ist für den kritischen Forscher nicht annehmbar. Und doch bin auch ich selbst auf Grund meiner Studien und Erfahrungen zu der festen Ueber-

zeugung gekommen, dass das Sexualleben für das Nervenleben des Menschen von fundamentalster Bedeutung ist und bei der Verursachung nervöser Störungen in erster Linie steht. Verehrte Herren Kollegen, wie kann das anders sein, wenn wir vom rein naturwissenschaftlichen Standpunkt aus die Bedeutung des Sexuallebens für die Erhaltung der Art ins Auge fassen? Ist es nicht wirklich geradezu auffallend, wenn wir uns vorstellen, welche ausserordentlich grosse Zahl von wissenschaftlichen Arbeiten gerade der Erforschung der Gesetze der Fortpflanzung der Arten gewidmet wurden und dabei in Vergleich ziehen, wie verschwindend klein die Zahl der wissenschaftlichen Arbeiten ist, die sich bis vor kurzem mit den sie begleitenden normalen und anormalen psychischen Vorgängen beschäftigt haben? Und warum sollten gerade diese so eminent wichtigen und interessanten Vorgänge nicht Gegenstand wissenschaftlicher Forschung sein? Wenn ich Ihnen auf Grund meiner täglich sich wiederholenden Erfahrungen den Ausspruch Guizots „le style c'est l'homme" in die Worte umpräge „la sexualité c'est l'homme" so meine ich damit: die Sexualität eines Menschen bedeutet seine Stellung zu seiner Umgebung, nicht die Stellung, die ihm seine Umgebung gibt, sondern die Stellung, in die er sich einzufühlen vermag; sie ist der Kern seines Selbstgefühls. Nur wer in den normalen Gefühlsäusserungen des Sexuallebens das Edelste und Erhabenste, dessen der Mensch fähig ist, zu finden und nachzufühlen vermag, der wird im Stande sein, das normale Sexualleben, wie die sexuellen Anomalien und die Perversitäten, so

menschlich unangenehm letztere auch auf uns subjektiv wirken, in objektiver Weise, rein vom naturwissenschaftlichen Standpunkt aus zu würdigen. Nur der Nervenarzt kann seiner Aufgabe gewachsen sein, der die Aeusserungen des normalen wie des pathologischen Sexuallebens in all seinen feinen und komplizierten Ausstrahlungen in die Psyche kennen und verstehen gelernt hat. Wohl vermag ich die noch herrschenden Auffassungen vom Standpunkt unserer Kulturentwicklung aus zu begreifen. Wenn wir Naturwissenschaftler aber uns unserer Aufgabe gewachsen zeigen sollen, so müssen wir befähigt sein, auch in dieses grösstenteils noch dunkle Gebiet menschlicher Erkenntnis mit dem Lichte der Wahrheit zu leuchten. Das kann aber nur dann geschehen, wenn sich auch unsere Universitäten dazu entschliessen können, sich von einer Auffassung zu emanzipieren, die der der klugen Mutter gleicht, die ihre Tochter bis zum Verlassen des Elternhauses vor jeder sexuellen Aufklärung behütet, um sie dann einfach ihrem Schicksal zu überlassen. Die Universitäten müssen vor allem die Aerzte, die Richter, die Geistlichen wie die Lehrer befähigen, sich den ausserordentlich grossen und ernsten Aufgaben gewachsen zu erweisen, die das Leben in einem fort gerade bezüglich des Sexualproblems in ihrem Berufe an sie stellt. An diese Aufgaben sind die Universitäten bis heute — ich weise mit Nachdruck darauf hin, aber auch noch nicht mit dem leisesten Versuche herangetreten. — Ich hielt es für angezeigt, Ihnen gegenüber diese meine Auffassung von der Bedeutung des Sexuallebens klar und unzweideutig festzulegen, auch in

der Absicht, um dessen Bedeutung in der Controverse für und gegen die Freud'schen Lehren ins richtige Licht zu stellen. — Geh ich nun weiter, um Ihnen die Bedeutung der Psychanalyse für die Erkenntnis krankhafter Zustände darzulegen, so kann ich Ihnen einige Beobachtungen über die Entstehung einiger Fälle von Dementia praecox mitteilen. Ich konnte, — ausführliche Mitteilungen muss ich mir vorbehalten — beobachten, wie abgesehen von der niemals fehlenden krankhaften Anlage Anomalien im sexuellen Gefühlsleben den Ausgangspunkt der Erkrankung bildeten oder mit dem Beginn der Erkrankung aufgetreten sind. Es zeigte sich, wie solche Patienten schon sehr frühzeitig während ihrer Entwicklung nicht im Stande sind, ihre Gefühle nach aussen hin weder normal noch pervers zu übertragen im Sinne des Autoerotismus von Freud und des Autismus Bleuler's. So entstand eine Inversion der sexuellen Gefühle, die dann, ich möchte sagen, einen grossen Teil des übrigen Gefühlslebens und der geistigen Persönlichkeit nach sich zog, in einer Weise, die mir das volle Verständnis der Auffassungen Bleuler's in Bezug auf seine Schizophrenie eröffnete. Analysieren wir solche Fälle daraufhin, und das ist nur im Anfangsstadium der Erkrankung möglich, so wird uns das Abspalten und die Inversion der spychischen Persönlichkeit völlig klar: wir können so das ganz eigenartige Gefühlsleben dieser Kranken, mit denen wir nicht im Stande sind, in Gefühlskontakt zu treten, verstehen lernen. Um nicht missverstanden zu werden, hebe ich hervor, dass ich bisher nur einige solcher Fälle analysieren konnte und noch weit ent-

fernt davon bin, nun den Schluss zu ziehen, dass ich die Entstehung der Dementia praecox klar zu stellen vermöchte. Wohl aber hoffe ich, dass es möglich sein wird, mittels der Psychanalyse den Sammelbegriff der Dementia praecox, wie wir ihn noch heute haben, durch Erforschen einer bestimmten Gruppe, etwas einzuschränken. Bei dem kurzen Ueberblick, den ich Ihnen heute nur geben kann, will ich im Weitern darauf hinweisen, dass uns die Psychanalyse einen klaren Einblick in die Entstehung und teilweise auch in die Behandlung der sexuellen Perversitäten gibt. Wir werden durch sie in den Stand gesetzt zu einer klareren Einteilung der Perversitäten zu gelangen. Eine Reihe von analysierten Fällen berechtigt zu der Annahme:

1. Alle sexuell Perversen sind psychopathisch veranlagte Menschen.

2. Die meisten Perversitäten sind erworbene Zustände.

3. Die Perversion entsteht in den allerersten Lebensjahren, meist um das 4. Lebensjahr durch die zufällige Uebertragung eines ausgelösten intensiven Sexualgefühles auf irgend ein Objekt und die darauf folgende gleichartige Bahnung. Die ausserordentliche Verschiedenheit der Perversitäten erklärt sich lediglich durch die zufällige Rolle, die das Objekt, auf das übertragen wird, dabei spielt. Dieses Objekt kann homo- oder auch heterosexueller Art sein; es kann Teile des menschlichen Körpers, Glieder, die Haut, den Teint, die Augen, Haare etc. so gut wie den ganzen Menschen in den verschiedenen Altersperioden betreffen, es kann gewisse Funktionen

Se- oder Exkretionen betreffen, es kann Teile der menschlichen Kleidung, es kann die Uebertragung auf Tiere oder auch Organe von Tieren betreffen oder auch eine abnorme Art der Auslösung des Sexualaffekts u. s. f. Es kommt im Wesentlichen nur darauf hinaus, in welcher Weise die allererste Bahnung eines sexuellen Gefühles associativ verknüpft wurde, wie die Uebertragung erfolgt, dass diese Bahnung in einem pathologisch, rücksichtlich der Gefühlstiefe zu stark reagierenden Gehirn abläuft und dass sich später die Möglichkeit gibt, dass die Gefühle die gleichen Objekte wieder treffen können oder dass die gleichen Objekte im heranwachsenden Kind die Bahnung der Gefühle associativ so verstärkt, dass späterhin eine Normalreaktion d. h. eine Bahnung normaler heterosexueller Art überhaupt nicht mehr oder nur unter gewissen Umständen möglich ist. Nach meinen Erfahrungen ist die Zahl der wirklich a n g e b o r e n e n sexuellen Abnormitäten eine relativ geringe, die der e r w o r b e n e n eine ganz erschreckend grosse. Dass es angeborene Abnormitäten gibt, steht unzweifelhaft fest. Die bei weitem überwiegende Mehrzahl scheint mir auf Grund meiner psychanalytischen Erfahrungen in der eben kurz angedeuteten Weise zu entstehen. Die Auffassung der Entstehung der Homosexualität von Freud im Jung'schen Jahrbuch in der Analyse der Phobie eines 5jährigen Knaben ist nach meiner Erfahrung unannehmbar —, — so unannehmbar wie Freud „das Weib als Sexualobjekt für den Homosexuellen hinstellt, nachdem dieser durch die Hochschätzung des eignen Sexualorganes vom Weibe getäuscht worden

ist, da es anders geschaffen als er selbst." Nach meiner Auffassung gehören die meisten Homosexuellen ihrer Entstehungsweise nach zu den Fetischisten; statt auf einen Gegenstand findet eben die Uebertragung auf eine Person statt. – Die Entstehung ist eine exogene. Nach Freud's Auffassung müssten wir für jede Art von Fetischismus eine neue Theorie aufstellen. Meine auf Erfahrung beruhende Auffassung erklärt alle in Betracht kommenden Fälle restlos. – Für heute nur dieses Streiflicht in das grosse Gebiet der Perversitäten. Ihre Erkenntnis ist aber von so grosser Bedeutung für unser gesellschaftliches Leben, dass wir die Pflicht haben, mit aller Energie an ihrer Erforschung zu arbeiten, damit es uns gelingt, das Wesen dieser Zustände richtig zu erfassen, damit wir befähigt werden, rechtzeitig therapeutisch einzugreifen. Aber auch dahin müssen wir wirken, dass diese Perversitäten, soweit sie eben Perversitäten und nicht wahre Unzucht sind, als Krankheiten dem Arzte zur Behandlung und ihre Träger –, wohl die unglücklichsten unserer Mitmenschen, nicht mehr dem Richter zur Züchtigung überantwortet werden. Nur wenn wir uns hier auf diesem Gebiet auf der Höhe unserer Aufgaben erweisen, werden wir im Stande sein, uns gegen eine Gesetzgebung zu erheben, die gerade die Uebel, die sie bekämpfen will, am allerehesten in ihrer Ausbildung und in ihrem Fortbestehen begünstigt. Wann werden wir einsehen lernen, dass gerade die immerwährend drohende gerichtliche Verfolgung erst recht bei den Sexuellperversen die Angst schafft, die deren Gedankenleben mit intensivster Heftigkeit auf ihr

abnormes Gefühlsleben lenkt und ihren Gedankenkreis engt? Sind wir wirklich so schlechte Psychologen, dass wir meinen, dass nur die Angst der Melancholischen eine solche Wirkungsweise hat oder vermag erst wirklich die Psychanalyse uns zu zeigen, dass alle die in einem starken Affektzustand in unser Bewusstsein aufgenommenen Vorstellungen krank machend zu wirken im Stande sind, — und dies vor allem bei den Psychopathen, zu denen alle Perversen gehören?

Von ganz besonderem Interesse waren mir die Analysen von Stotterern, besonders bei Kindern. Das Stottern hat sich mir schon seit Jahren als eine Angstneurose entpuppt und zwar als eine Angstneurose, die wohl im spätern Alter durch sexuelle Momente verstärkt werden kann, bei deren Entstehung ich aber bisher eine sexuelle Ursache nicht konstatieren konnte. Das Stottern ist eine Angstneurose, die bei psychopatischen Kindern in den ersten Kinderjahren durch Schrecken entsteht. Es ist mir bei einem 7jährigen Knaben gelungen, die Schreckensszene zu eruieren und abreagieren zu lassen, die das Stottern selbst auslöste. Ich konnte nachweisen, wie die Anfangsbuchstaben der Worte, die der Knabe unmittelbar nach dem Schrecken sprach, für ihn die Hauptschwierigkeit beim Sprechen boten.

Diesen Zuständen ausserordentlich nahe verwandt, psychologisch in ihrer Entstehung den gleichen Gesetzen folgend, sind e i n z e l n e Formen der traumatischen Neurosen. Ihre Entstehungsweise und ihr ganzes Wesen wird erst klar durch die Psychanalyse. Diese zeigt, wie von Jugend auf gefühls-

betonte Vorstellungen die Determinanten für das später entstehende Leiden bilden, — genau wie bei den Angstneurosen und Zwangsvorstellungen — und wie diese in einer wunderbaren Weise sich konstellieren bis das die Krankheit auslösende Erlebnis die Krankheitssymptome zum Durchbruch kommen lässt. Erst die Analyse gibt uns das Verständnis für die ausserordentlich proteusartige Gestaltung der Symptome bei vielen Fällen von traumatischen Neurosen. Sie können eben nur psychogenen Ursprungs sein. Dass sie das sind, und in welcher Weise zeigt uns klar und eindeutig die Psychanalyse. Sie vermittelt uns aber auch das Verständnis für diejenigen schwereren Formen von traumatischen Neurosen, bei denen wir in Zweifel sind, ob es sich noch um eine Neurose oder schon um eine Psychose handelt. In diesen Fällen können wir sehen, wie die Komplexe ausserordentlich frühzeitig determiniert sind und zwar in einem psychotischen Boden. Es sind Fälle, die der Dementia praecox ausserordentlich nahe stehen und deren hypochondrischen Formen zuzurechnen sind.

Am meisten Klarheit für die Bedeutung des Affektlebens bei den Psychoneurosen ergab sich mir bei dem Studium der Fälle, die wir als einfache neurasthenische Zustände bisher zu bezeichnen pflegen. Der bisher unter dem Namen Neurasthenie zusammengefasste Krankheitsbegriff zerfällt für mich in zwei sich deutlich unterscheidende Gruppen, die ich Ihnen heute nur nach ihrer Entstehungsweise charakterisieren will. Die eine einfachere Gruppe entsteht stets bei chronischer geistiger Anstrengung und gleich-

zeitiger Unterernährung. Die andere Gruppe und diese interessiert uns heute, sie gehört mit zu den Psychoneurosen, entsteht durch Zurückstauung (oder nach Freud durch Verdrängung) eines Affektes durch einen andern. Es können dabei verschiedene Affekte in Betracht kommen, meist aber ist es wiederum der Sexualaffekt, der in seinem Ablauf gehindert oder gestört ist. Gerade diese hier vorkommenden einfacheren Fälle gaben mir einen Einblick, ich möchte sagen, in den Mechanismus der Affekte, der mich eine ganze Reihe von Erscheinungen bei den Psychoneurosen richtig erkennen liess. Es kann so durch chronische, d. h. anhaltende Affektverdrängung auch erst der Boden entstehen, auf dem sich leicht Komplexe festsetzen oder alte Komplexe sich neu mit Affekt besetzen. Im Weitern kam ich zu der Auffassung, dass die fortgesetzte Verdrängung eines Affektes z. B. des Sexualaffektes nicht nur Angst erzeugen kann, resp. im Psychischen in Angst, ins Körperliche als Schmerzäusserung *) nach Freud konvertiert werden kann, sondern es ergab sich für mich die psychologische Tatsache: dass die Neurokymwellen nach Forel, die wir bei der Entstehung eines

*) Die Auffassung von der Konversion ins Körperliche scheint mir psychologisch nicht ganz richtig zu sein: der Schmerz ist ein Affekt wie die Angst; beide werden im Gehirn empfunden und nach gewissen Stellen des Körpers verlegt, projiziert. Ihre Auslösung entspricht wohl den gleichen psychologischen Vorgängen, es handelt sich nur um verschiedene Empfindungsqualitäten. Ich vermag nicht einzusehen, warum man in einem Falle von einem psychischen Vorgang, beim andern von einer Konversion ins Körperliche reden soll. Es erscheint mir nicht angezeigt, neue Begriffe zu schaffen, die eher verwirrend wirken.

jeden Affektes annehmen müssen, durch die Aufeinanderwirkung eines zweiten stärkeren Affektes zur Verstärkung des verdrängenden oder zur Auslösung eines dritten Affektes oder mehrere Affekte zugleich verwendet werden können. Dabei wird derjenige Affekt benutzt, der die tiefste und beste Bahnung von früher her besitzt oder der associativ durch Vorstellungen am leichtesten ausgelöst werden kann. Diese Regeln so allgemein gefasst, können uns eine grosse Reihe von Erscheinungen, die anfänglich geradezu verwirrend auf uns wirken, auf einfache psychologische Grundtatsachen zurückgeführt, leicht begreiflich machen. Es würde zu weit führen, wenn ich Ihnen heute diese Erfahrung an einer Reihe von Beispielen beweisen sollte. Ich werde Ihnen den Beweis hiefür nicht schuldig bleiben.

Habe ich Ihnen bisher in Kürze einen Ueberblick über die Resultate meiner psychologischen Studien gegeben, so sind Sie berechtigt zu fragen, wie ich in den einzelnen Fällen vorgehe. Auch hier kann ich mich heute nur über das Prinzip der Methode aussprechen; ich bin daran, alle meine Erfahrungen zur Nachprüfung zusammenzustellen.

Fragen wir uns, w a s bezwecken die psychanalytischen Methoden, so können wir darauf in Kürze antworten: Jede derselben hat den Zweck, die unterbewusste Tätigkeit zu erforschen. Hiezu können verschiedene Wege führen. Die einfachste der Methoden, um sie auch retrograd historisch aufzuzählen, ist das Associationsexperiment Jung's, das mittelst beliebiger Reizwörter die im Unterbewusstsein schlummernden, gefühlsbetonten Vorstellungen auf-

zudecken sucht. Diese Experimente sind Ihnen bekannt, sie sind von grösstem Interesse und werden ihren dauernden Platz in unsern Methoden der Erforschung der unterbewussten Tätigkeit behalten. Eine zweite Methode ist die von Freud geübte freie Association, die er benutzt, um auf die unterbewusste Tätigkeit zurückzuschliessen; eine Methode, die jedenfalls die höchsten Anforderungen an den Arzt stellt. Einen tieferen Einblick noch in die unterbewusste Tätigkeit gewährt uns 3. das Traumleben. Hier hat uns Freud in seinem Buche „die Traumdeutung" einem geradezu klassischen Werk, wenn man auch nicht überall dem Forscher in seinen Ausführungen folgen kann, einen Weg gegeben, der in einer Reihe von Fällen sicher zum Ziele führen kann. Bei dieser Methode werden aus den Traumerlebnissen heraus die pathogenen Complexe eruiert und gelöst. 4. Die ursprüngliche Breuer-Freud'sche Methode, die dann aber später von Freud verlassen wurde, ist die Analyse in der Hypnose. Es ist dies die Methode, die ich neben den andern am meisten anwende, die ich Jahre hindurch studiert habe und die sich mir als wertvoll ergab.

Nachdem ich mich als Schüler Forels schon seit meiner, ich kann sagen, Studenten- und Assistentenzeit, mit hypnotischen Studien beschäftigt hatte, brachte mir später der Zufall einige Patienten, die mich zunächst den gleichen Weg zu gehen veranlassten, wie Breuer, gerade zu der Zeit, als die unvergänglich wertvollen, für mich klassischen „Studien über Hysterie" von Breuer und Freud publiziert wurden. Die Art meines jetzigen Vorgehens ist das

Produkt langjähriger Studien, die in erster Linie durch die genannten Autoren angeregt wurden. Ich begreife sehr wohl, dass diese Methode nicht leicht Anklang fand und findet, da sie ihre Schwierigkeiten hat. Wenn es auch eine Reihe von Fällen gibt, die man ohne Hypnose mit gutem Resultat behandeln kann, so komme ich doch meist zur Anwendung der Analyse in der Hypnose. Sie erfordert in erster Linie ein völliges Vertrautsein mit der Hypnose, ausserordentlich viel Zeit und grosse Geduld. Oft scheitern im Anfang die Versuche zur Hypnose, wenn man versäumt, darauf zu achten, dass eine solche, wie das normale Einschlafen eben auch, nur in völlig affektfreiem Zustand möglich ist. Ich weiss, dass mancher Arzt die Methode verworfen hat, weil er sich vergeblich bemühte, einen Patienten in starkem Affekt in Schlaf zu versetzen. — Ich benutze nur einen ganz leichten, oberflächlichen Schlaf — es ist ein Zustand eingeengten Bewusstseins, in dem die Aufmerksamkeit des Patienten noch erhalten ist und erhalten sein muss, um die oft, ich möchte sagen, mit elementarer Gewalt auftretenden Affektzustände mit den zugehörigen Vorstellungen bewusst durchleben zu können. Mein Vorgehen weicht insofern von dem ursprünglich Breuer-Freud'schen ab, als ich einen ganz bestimmten Grad von Hypnose benutze und in der Regel nicht den Patienten ausfrage oder suggestiv beeinflusse. Seit einigen Jahren bin ich zu der Erfahrung gekommen, dass in einem bestimmten oberflächlichen Schlafzustand, bei dem das Oberbewusstsein noch erhalten ist, sich die gefühlsbetonten Vorstellungen von selbst geltend machen.

Es sind die gleichen Vorgänge wie im Traume, aber wesentlich verschieden dadurch, dass nicht eine phantastische Ausgestaltung der reproduzierten Erlebnisse stattfindet, sondern diese sich selbst mit den dazu gehörigen Affekten geltend machen. Es scheint, wie wenn in diesem bestimmten oberflächlichen Schlafzustand die unbewusst aufgespeicherten gefühlsbetonten Vorstellungen — sei es assoziativ angeregt, sei es durch eine ihnen innewohnende Tendenz — sich bewusst zu machen suchen und nun von dem Patienten — wie im Traum — als Szene geschaut und zugleich gefühlsbetont wieder durchlebt werden. Wohl findet dabei auch ein Abreagieren wie bei der Kathartischen Methode statt, oft mit einer überwältigenden Affektentwicklung, aber auch zugleich eine Analyse, ein Auffinden des Zusammenhanges der bestehenden Krankheitssymptome mit dem Determinanten-Unterbau durch die Pat. selbst. Die diesbezüglichen Vorstellungen werden dem Kranken geradezu automatisch bewusst. In manchen Fällen ist eine suggestive Nachhülfe durch die entweder der Affekt gesteigert oder die Aufmerksamkeit auf die erwartete Szene gelenkt wird, nötig. Bei grösserer Uebung läuft der ganze Prozess nach Einleitung der Hypnose meist ganz von selbst ab. Sowie der Schlaf, der eben in diesem ganz bestimmten Zustand erhalten bleiben muss, zu tief wird, hören diese Vorgänge auf. Es kommt dann entweder zu eigentlichen Träumen, die der Pat. sofort als solche erkennt, oder es treten keine Szenen und keine Vorstellungen mehr auf, — die oberbewusste Tätigkeit ist verschwunden. Die abreagierten Szenen erken-

nen die Pat. in der Regel als früher erlebte wieder, auch wenn sie sich in der frühesten Kindheit ereignet hatten. Ich habe mich von der Richtigkeit häufig durch Nachprüfung bei den Angehörigen überzeugt. Auch in solchen Fällen, wo eine Identifikation durch den Pat. nicht mehr möglich war, konnte ich deren Richtigkeit feststellen lassen.

Diesen eigenartigen Schlafzustand, wenn Sie wollen, sagen wir, Halbschlaf — erreiche ich am leichtesten, wenn ich den über alle dabei in Betracht kommende Vorgänge aufgeklärten Patienten auffordere, sofort nach dem Augenschluss sich nicht mehr darum zu kümmern, ob er schlafe oder nicht, sondern seine Aufmerksamkeit auf die Szenen zu richten, die auftreten werden, ähnlich wie im Traume, die er als ruhiger objektiver Zuschauer sich entwickeln lassen solle. Oft gelingt es beim ersten Versuche, oft erst nach mancher Mühe, den gewünschten Zustand zu erreichen. Es würde zu weit führen, sollte ich Ihnen nun noch weitere Details heute geben. Wer so vorgeht und sich von der ganz objektiven Methode und ihrer Brauchbarkeit überzeugt hat, wird nach einiger Uebung erstaunt sein, über die wunderbaren psychologischen Vorgänge, die sich da vor ihm auftun.

Nun, meine Herren Kollegen, dieses Wiederdurchleben der Affekte, dieses Abreagieren und wieder bewusst werden früherer Erlebnisse ermöglichen die Heilung der psychoneurotischen Zustände. Verstehen Sie mich wohl: es wird bei dieser Methode absolut nichts in den Pat. hineinsuggeriert. Im Gegenteil! Wir stellen lediglich einen Bewusstseinszu-

stand her, in dem das pathogen wirkende unterbewusste Material sich wieder bewusst machen kann, und in dem gleichzeitig die aufgespeicherten Affekte entspannt werden können.

Um mich Ihnen etwas verständlicher machen zu können, möchte ich diesen eigenartigen hypnotischen Zustand mit jenem Traumzustand vergleichen, den Sie alle schon erlebt haben, sei es beim Mittagsschlafe oder des Nachts kurz vor dem Eintritt tieferen Schlafes oder im leichten Schlummer am Morgen, indem Sie träumten und wussten, dass Sie träumten und dem Inhalt des Traumes mit Kritik gegenüberstanden. — Wenn ich so zäh und unentwegt Jahre hindurch an dieser Methode festgehalten habe, so hat mich meine therapeutische Erfahrung und der psychologische Einblick in das Wesen der Psychoneurosen dazu veranlasst: handelt es sich doch bei ihnen um verdrängte oder unterbewusst gewordene Affektzustände, die entweder durch die Affektspannung an und für sich oder rein durch associative Tätigkeit die Tendenz haben, sich bewusst zu machen. Gerade diese fortwährende Affektspannung, diese Tendenz des Affekts sich wieder bewusst zu machen, und den Affekt zu übertragen oder diese associative Auslösung der Affekte selbst machen das Wesen der Psychoneurosen aus. Die definitive, schliesslich als Krankheitssymptom zu Tage tretende Uebertragung erscheint zunächst äusserlich als eine zufällige, sie ist aber in Wirklichkeit bedingt durch die seit Jahren in dem Unterbewusstsein aufgenommenen Komplexe als Determinanten. Die nun folgende Bahnung erfolgt durch das Objekt, auf das

übertragen worden war durch den immerwiederkehrenden Komplexreiz. So kann z. B. bei Angstzuständen die Uebertragung auf Strassen, freie Plätze, Säle, Theater, Brücken, Tunnels, Trams, Wagen oder Waffen etc. etc. erfolgen, in gleicher Weise wie auf Krankheiten, auf alles, was mit dem Tode zusammenhängt, oder auf Szenen, die schon psychologisch mit Angst, z. B. Erwartungsangst verbunden sind, so z. B. vor dem Einschlafen: es entsteht dann eine Art Schlafangst, oder die Angst, nicht rechtzeitig zu erwachen oder die Angst überträgt sich auf physiologische Vorgänge. Es entstehen so eine Reihe von Magenstörungen oder sexuelle Anomalien wie Vaginismus und vor allem die psychische Impotenz. Sie sehen, meine Herren, eine ganz enorme Mannigfaltigkeit der Erscheinungen! Und dennoch handelt es sich psychologisch immer wieder um die gleichen Vorgänge. Dieser Halbschlafzustand ermöglicht die Affektentspannung und erleichtert genau wie im Traum das Sicheinstellen, das Auftauchen gefühlsbetonter Vorstellungen ins Bewusstsein. Gerade Freuds Studien über den Traum bestärkten mich in der Richtigkeit dieses Weges in meinem therapeutischen Vorgehen. Diese Methode gibt uns also die Möglichkeit, die in dem Unterbewusstsein aufgespeicherten gefühlsbetonten Vorstellungen direkt als solche wieder ins Bewusstsein treten zu lassen und damit ihre pathogene Wirkung zu eliminieren, während uns die Träume diese gefühlsbetonten Vorstellungen in phantastisch umgestalteter Form wiedergeben. Bei ihrer Analyse hängt es von der Phantasie und der Associationsfähigkeit des Patienten

oder des Arztes ab den realen Kern des Trauminhaltes herauszuschälen. Dabei fehlt meist das Abreagieren der Affekte — und das ist für mich der springende Punkt. Im Halbschlafzustand treten die früheren Erlebnisse mit den zugehörigen Affekten mit mehr als photographischer Treue in das Bewusstsein zurück. Die Psychanalyse zeigt uns die Tatsache, wie alle psychischen gefühlsbetonten Eindrücke in uns aufgespeichert werden und keiner von ihnen verloren geht; — wie wir Erlebnisse vom Beginn des bewussten Denkens in uns festhalten und wie diese im Traum, wie in der Hypnose durch einen ihnen innewohnenden eigenartigen Dynamismus zur Entspannung wieder ins Bewusstsein zurückzutreten tendieren. Der Einwurf, es handelt sich da um Erinnerungs-Täuschungen — oder Fälschungen oder um Traum-Hallucinationen, fällt für jeden weg, der jemals im Falle war, einer solchen Analyse beizuwohnen. Es dürfte sich für heute erübrigen, auf weitere Details dieser Behandlungsmethode einzugehen. Nur darauf möchte ich nochmals hinweisen, um richtig verstanden zu werden, dass hierbei die Hypnose eine ganz ähnliche Rolle spielt wie beim Chirurgen die Narkose. Sie ist lediglich Mittel zum Zweck. Wer sich Jahre hindurch mit der Methode befasst und Erfahrung gesammelt hat über die Krankheitszustände, die dieser Methode zugänglich sind, wird auch wie ich zu der Ueberzeugung kommen, dass wir in ihr nicht eine Panacee haben für alle nervösen Zustände und dass wir auch bei ältern oder durch die Verhältnisse und Umstände komplizierten Fällen scheitern.

Aber wir müssen Breuer und Freud dankbar sein, uns einen Weg eröffnet zu haben, der uns ermöglicht, doch eine Anzahl von Kranken von quälenden Leiden zu befreien, und ausserdem unsere psychologische Erkenntnis zu vertiefen. Wer sich seither mit der Suggestivtherapie beschäftigt hat, wird sich bald zu der Ansicht durchringen, dass er seine Methode in korrekter Weise nicht da anwenden kann, wo es sich quasi um Fremdkörper, um pathogene Komplexe im Unterbewusstsein handelt, sondern mehr da, wo es gilt, neue Vorstellungen einzupflanzen, neue Bahnungen anzuregen oder alte, zu schwache Bahnungen zu verstärken. Wer seither psychoneurotische Zustände durch Erziehung des Willens oder mit Ueberredung behandelt hat, wird sich klar werden müssen, dass er nur vorübergehende Besserungen erzielen kann, genau so wie der Chirurg, der den durch einen Fremdkörper entstandenen Eiter entfernt, aber nicht den Fremdkörper. Wer durch elektrische, Diät- oder Bade-Kuren bei Psychoneurosen Erfolge erzielt hat, wird sich beim Studium dieser Zustände bewusst werden, dass psychische oder physische Schwächungen überhaupt erst die Entstehungsmöglichkeit, — den Ausbruch einer Psychoneurose bedingen — und dass, wenn die Affektstörung keine allzu grosse ist, eine Kur, die die Kräfte des Pat. wieder hebt, eine vorübergehende Ruhe zu erreichen vermag. Solange das pathogene unterbewusste Material in ihm ist, bleibt der Patient in der ständigen Gefahr des Wiederauftretens seiner Psychoneurose.

Das sind, verehrte Herren Kollegen, in nuce meine Erfahrungen und Anschauungen auf dem Gebiete der Psychoneurosen, wie sie mir meine jahrelangen, eingehenden psychanalytischen Studien ergeben haben. Es wird meine Pflicht sein, die hier skizzierten Anschauungen durch mein Beobachtungsmaterial, soweit dies nach seiner Eigenart möglich ist, zur kritischen Nachprüfung zu veröffentlichen. Für heute lag mir daran, Ihre Aufmerksamkeit nochmals auf diese Methode zu lenken, weil ich sie für eine ausserordentlich wertvolle und fruchtbare erachte und ihre Bedeutung nicht durch andere Methoden, die selbstverständlich auch ihren Wert haben, beschatten lassen möchte, im Interesse der leidenden Menschheit wie unserer hehren Wissenschaft.

Da es wegen der Kürze der Zeit unmöglich war, in diesem Vortrag meine Ausführungen an Hand einzelner Fälle zu verdeutlichen, so möchte ich hier noch einige Beispiele beifügen. Die Analyse eines einzelnen Falles ist ausserordentlich umfangreich. So muss ich mich damit begnügen, einige Fälle auszuwählen, deren Analyse zwar nicht vollständig, aber doch ihren Zweck in therapeutischer Hinsicht erreichte. Wie ich wiederholt oben ausführte, liegt der Beginn der Psychoneurosen in den ersten Jugendjahren: Es kann deshalb nur dann von einer Entfernung des gesamten pathogenen Materials gesprochen werden, wenn diese jugendlichen Traumen wieder bewusst gemacht worden sind.

Wie ausserordentlich schnell in akuten Fällen die lästigen Symptome einer Schreckneurose analytisch

beseitigt werden können, zeigt folgender fragmentarisch analysierter Fall:

J. V. geb. 1883, Gerichtsbeamter.

Pat. kommt am 3. 12. 1908 und klagt über Anfälle mit Atemnot; es sei ihm dabei, wie wenn die Brust versinken wollte, als wollte das Herz stille stehen, besonders wenn er sich zu Bette lege. Es sei ihm dabei, wie wenn er einen schweren Sack um die Brust hätte, es beherrscht ihn eine starke innere Unruhe, es krabble in ihm, es sei ihm dann blöd, ganz elend. Auf den Genuss von einem Glas Wein werde der Zustand ganz unerträglich. Diese Zustände treten bald 1—2mal täglich, meist abends auf, dann wieder können sie 8—10 Tage ausbleiben. Fast immer sei er innerlich erregt, klagt über viel Herzklopfen, über Schmerzen an der linken Schläfe, Schmerzen auf der linken Seite, nachts könne er nicht einschlafen. Pat. führt sein Leiden auf einen am 20. Juni 1908 erlebten Automobilunfall zurück. Schon vor dem Unfall sei er durch Ueberarbeitung etwas nervös gewesen. Pat. wurde aus dem Automobil herausgeworfen und stürzte einen 10—15 Meter hohen Abhang herunter und kam nur dadurch nicht unter das Automobil zu liegen, dass dieses beim Sturz im Gang blieb und einen grösseren Bogen zurücklegte. Pat. blieb bei Bewusstsein und erlitt nur leichte Schürfungen. Es war ein starker Schrecken — ein Wunder, dass der Chauffeur und er nicht tot blieben. Pat. erinnert sich deutlich, dass er, während des Herunterkollerns am Abhang dachte, dass es aus mit ihm sei. Pat. gibt an, die Ruhe, die er dabei gehabt habe, sei

eine ganz eigentümliche gewesen. Die ersten Tage nach dem Unfall sei es ihm heiss geworden, wenn er daran dachte; wenn er ein Auto sah, wurde er innerlich unruhig. — Am 30. 6. 08 musste er dienstlich verreisen. Als er in einem Bahnhofrestaurant sass, wurde ihm plötzlich schwarz vor den Augen, er konnte nicht mehr recht atmen, das Herz schlug bald kolossal schnell, bald nicht mehr und er litt unter ausserordentlich heftigen Beängstigungsgefühlen. Diese Zustände hielten dann den ganzen Tag so an. Auf der Heimfahrt überfuhr der Zug ein Mehl-Automobil, es gab einen starken Krach, Pat. wurde umhergeworfen durch den Anprall. Der Vorfall regte ihn stark auf, doch trat erst nach 8 Tagen wieder ein Angstanfall auf. Nun hielten die Zustände in der oben beschriebenen Weise an.

7. 12. 1908. Erster Hypnose-Versuch gelingt leicht.

8. 12. 08. Pat. schläft sofort ein, bekommt Angstgefühle, schrickt mehrmals zusammen. Nachdem er geweckt worden, sagt er, es sei ihm gewesen, als falle er in ein Loch. Es sei ihm ganz eigentümlich dabei gewesen. Pat. spricht im Schlaf, sein Oberbewusstsein bleibt wach, und er vermag sofort die auftauchende Szene zu beobachten. Nach wenigen Minuten sieht er in der Hypnose eine Lokomotive immer näher kommen, er ruft lebhaft „jetzt kommt sie, sie kommt aus einem Tunnel heraus", meint, sie überfahre ihn, Pat. erschrickt. Diese Szene habe er vor zwei Jahren erlebt. Er stand auf einem Bahngeleise, da kam der Zug, und er hatte Angst überfahren zu werden. Pat. erzählt im Schlaf alle De-

tails, er sah alles ganz deutlich. Nach einigen Minuten völliger Ruhe, wobei Pat. nur zu richtigem Verhalten aufgefordert wird, fängt Pat. an, schwer zu atmen, sein Puls ist sehr schnell, dann ruft er erstaunt und voll Angst „nun jetzt kommt's, das Automobil, jetzt leert es aus, jetzt liegen wir drunten, das Auto ist über mich weg". Pat. beruhigt sich allmählich wieder und erwacht nach ungefähr 15 Minuten. (Weder zur Hervorrufung der Szene, noch zu ihrer Beeinflussung habe ich mit dem Pat. ein Wort gesprochen, der Ablauf der Szene geschah vollständig von selbst.) — Pat. erwacht und sagt, es sei ihm leichter auf der Brust, er fühle sich wohler, habe gut geschlafen, erinnert sich an alles. Die Eisenbahn sei so feurig aus dem Tunnel herausgekommen — diese Szene sei an einem Abend gewesen. Die Automobilszene sei ganz genau wie beim Unfall gewesen, er habe jedes Detail gesehen, auch wie das Automobil über ihn wegflog, nun sei es ihm merkwürdig leicht um die Brust und das Herzklopfen sei weg. —

An dem Tage, an welchem ich Pat. zur Weiterbehandlung bestellt hatte, musste ich verreisen. Als ich die Weiterbehandlung wieder aufnehmen wollte, teilte mir Pat. am 9. Januar 1909 mit, dass sich sein Zustand sehr gebessert hat, Herzklopfen und Angstgefühl seien vollständig verschwunden. Er habe wieder Freude zu leben und Lust zur Arbeit, schlafe 7—9 Stunden und habe ausgezeichneten Appetit, er halte deshalb eine weitere Behandlung für nicht mehr nötig. — Auf meine Erkundigung, wie es dem Pat. weiter erging, bekam ich am 12. 2. 1910 die Ant-

wort: „Ohne zu übertreiben, kann ich nunmehr behaupten, dass ich meiner Lebtag noch nie so gesund und munter war, wie ich es gegenwärtig bin. Die nervösen Anfälle und Angstgefühle sind vollständig verschwunden und haben einer gesunden Lebenslust und Freude Platz gemacht. Mein Körpergewicht, das während meiner Krankheit auf 58 kg gesunken war, hat sich bis auf 70 kg gesteigert.“

Dieser einfache Fall zeigt die nervösen Folgezustände der Verdrängung lebhafter Angstgefühle und ihre Beseitigung durch Abreagieren im Halbschlafzustand.

Hedwig F., geb. 1895, kam am 14. 2. 1908 mit ihrer Mutter zu mir. Pat. habe öfters Kopfweh, aber nicht sehr heftig. Im April 1906 habe sie heftiges Kopfweh gehabt, war damals ängstlich, erschreckte durch jedes Geräusch und blieb nicht mehr allein im Zimmer. Von dieser Zeit an wollte sie nicht mehr allein im Zimmer schlafen und überhaupt nicht mehr in einem bestimmten Zimmer, in dem sie bis dahin mit ihrer Schwester schlief. Auch jetzt ist sie noch nicht dazu zu bewegen, wieder in diesem Zimmer zu schlafen. Im April 1906 habe sie beim zu Bette gehen Angst bekommen. In jener Zeit habe Pat. Indianergeschichten gelesen. Wenn sie ins Bett ging, beschäftigte sie sich mit diesen Geschichten und träumte davon. Sie kam in Angstzustände und musste dann an bestimmte Stellen, die sie gelesen hatte, denken. Einzelne Stellen, die sie früher beschäftigten, könne sie aber jetzt nicht mehr erzählen. Die Mutter erzählt, dass das Mädchen im Alter von 8–9 Jahren nachts zum Bett herausgesprungen sei und geschrieen habe,

wie wenn sie umgebracht würde. Pat. weiss nichts mehr davon. Auch gibt die Mutter an, dass Pat. früher im Schlaf oft geplaudert habe und herumgewandelt sei. — Seit Sommer 1907 habe Pat. im Bett keine Angst mehr, sie konnte aber nicht einschlafen. Pat. musste dann an allerlei denken, je nachdem sie sich am Tage beschäftigt hatte, mit der Schule, mit Briefmarken etc.; sie liege dann im Bett, sei innerlich unruhig und müsse sich herumwerfen, Die Schlafzimmertüre müsse geöffnet bleiben und Pat. wartet bis das Kindermädchen zu Bett gegangen ist, dann erst schlafe sie ein. Niemals schlafe sie ein, wenn die Eltern ausgegangen sind, bis diese nach Hause zurückgekehrt sind. (Erwartungsaffekt!) Pat., ein sehr intelligentes Kind, gibt folgende Selbstbeobachtungen an: wenn sie einen Band des „Jugendfreund" nur von aussen sehe, so mache ihr das ein unangenehmes Gefühl — da stehe die Indianergeschichte drin —, sie könne nicht sehen, wenn ein Pferd geschlagen werde, auch wenn es schwer ziehen müsse, das mache ihr so unangenehme Gefühle, dass sie fortrennen müsse, Blut anderer Menschen, ebenso Wunden, könne sie nicht sehen.

19. 2. 1908. Hypnose gelingt sehr leicht. Pat. sieht sofort das Schlafzimmer ihrer früheren Wohnung ganz genau, wundert sich selbst, dass sie sich im Zimmer so gut umsehen könne. Was sie so sehe, sei nicht wie ein Bild. Sie hat Angst, liegt im Bett, müsse an Indianergeschichten denken, die sie gelesen hatte, drei solcher Geschichten „das Vermächtnis der Jnka", „der Schatz im Silbersee", „das Schwarzhaupt" — sie alle tauchen wieder vor

ihr auf. Plötzlich, während diese Schlafzimmerszene zurücktritt, bekommt ihr Gesicht einen ausserordentlich ängstlichen Ausdruck, sie will erwachen. Durch Suggestion erhalte ich den Schlaf und frage, was sie sieht. In der Angst konnte Pat. zunächst nicht sprechen: Etwas ruhiger geworden, erzählt sie, dass ihr die Indianergeschichten aufgetaucht seien, an die sie denken musste, als sie das erste Mal nicht schlafen konnte. Unter grosser Angst und Weinen reproduziert sie den Inhalt. Nach dem Erwachen erzählt sie, sie habe so heftige Angst gehabt, dass sie habe schwitzen müssen.

20. 2. 1908. Hypnose: Sieht blitzartig schnell die Gallerie der Kyburg, altes Schloss bei Winterthur, (hier war sie kurz vor Beginn der Schlaflosigkeit im April 1906) sie sieht sich selbst dort stehen, erschrickt so heftig, dass sie erwacht. Wieder eingeschläfert erscheint das Bild wieder und sie sieht in einer Nische Wachsfiguren, davon sehe die eine aus wie eine Leiche. Pat. ist stark ängstlich aufgeregt und weint. Allmählich ruhiger geworden, sieht sie unter starken Angstgefühlen die zur dort befindlichen Folterkammer führende Türe. Jetzt sieht sie, wie ihre Mutter, Schwester und ein Vetter in die Folterkammer gehen. Sie geht nicht mit, sondern bleibt auf der Gallerie stehen. Dort bleibt sie in heftiger Angst stehen, sieht in den Schlosshof hinunter, weil sie nicht wagt, ihren Blick an die Folterkammertüre oder an die Nische mit den Wachsfiguren gelangen zu lassen. Da steht sie mit heftiger Angst und wartet mit Sehnsucht auf die Ihrigen, für die sie Angst hat. Die Szene der Erwartung bleibt ihr lange bewusst,

die Angst lässt nach und plötzlich lacht Pat. hell auf und erzählt, sie sehe zu Hause in der Küche den schönen gelben Reisbrei, den es heute Mittag gibt und auf den sie sich so freut. (Ein schönes Beispiel der Assoziation durch den Erwartungsaffekt.) — Gleich darauf sieht sie sich wieder auf der Gallerie auf der Kyburg, diese Szene bleibt noch einige Zeit bestehen, sie will nicht fortschreiten, da sieht sie, — Pat. ist selbst darüber erstaunt — gleichzeitig eine andere Szene — ein Pferd zieht einen Lastwagen durch tiefen Schnee, der Fuhrmann treibt das Pferd an, sie hat Mitleid und kann nicht erwarten, bis das Pferd weiter kommt, sie lauft fort (wiederum Assoziation durch den Erwartungsaffekt), Pat. identifiziert diese Szene). Die Szene auf der Gallerie bleibt allein, sie schaut immer noch in Angst und Erwartung in den Hof, — die Szene kommt nicht zum Abschluss.

21. 2. 08. Hypnose: Sie sieht sich gleich wieder auf der Gallerie in der Kyburg, sieht in den Hof hinunter, hat Angst, jetzt kommen die Ihrigen aus der Folterkammer, sie freut sich und sieht, wie sie miteinander fortgehen. — Dann sieht sie wieder eine Indianergeschichte und eine ganze Reihe von Szenen aus dem Indianerleben, die sie mit Angst erlebt habe, Schlachten, Skalpierungen etc. etc.

22. 2. 08. Pat. schlief gestern Abend schon um halb 10 Uhr ein, trotzdem die Eltern ausgegangen waren. Pat. sagt, sie fühle sich ruhiger und sie habe ganz gut geschlafen.

Hypnose: Sieht die Szene, wie sie bei irgend einem Anlass 4—5 Jahre alt, als Wehntalerin ver-

kleidet, bei einer Hochzeit auf der Bühne etwas vortrug.

27. 2. 1908. Pat. gibt an, sie sei viel ruhiger im Bett, spüre keine Unruhe mehr, schlafe zwischen halb 10 und 10 Uhr ein, auch wenn die Eltern ausgegangen seien, sie habe viel weniger geträumt, schlafe ruhiger und wache nicht so viel auf.

Hypnose: Sie durchlebt eine Angstszene aus einer Geschichte vom verlorenen Diamanten. Heute Morgen in der Schule wurde die erste Belagerung von Jerusalem behandelt. Als von Begiessen der Feinde mit kochendem Oel die Rede war, fiel ihr ein Missionsvortrag über Jerusalem ein, den sie vor mehr als einem Jahre hörte. Pat. sieht jetzt die Szene aus der Schule und die von dem Vortrag, die Eindruck auf sie gemacht hatte, wieder vor sich, durchlebt sie förmlich und spricht sich darüber aus. Dann folgen eine Reihe von Szenen aus ihrer Lektüre. — Pause. —

Hypnose: Durchlebt weiter Szenen von Geistergeschichten, die sie gelesen hat, dann wieder Indianergeschichten, so sieht sie z. B. einen Mann an einen Baum gebunden, in der Nähe ein brennendes Haus, ist, während sie dies sieht, aufgeregt und empfindet Angst. — Dann reproduziert sie Szenen, die ihr Kameradinnen vor 14 Tagen aus einem Buche „in 1000 Gefahren“ erzählten, so Geschichten mit Schlangenkämpfen, dann, wie ein Vater sein Kind getötet und dessen Schädel aufbewahrt hat, etc. etc. Diese Geschichten erzählt Pat. einfach um, wie sie selbst sagt, Ruhe davor zu bekommen.

1. 3. 1908. Gestern um halb 9 Uhr zu Bett gegangen, um 9 Uhr eingeschlafen, ganz ruhig geblieben, reagiert in der Hypnose wieder eine Reihe von Indianergeschichten ab.

4. 3. 1908. Pat. ist stets bald eingeschlafen in den letzten Tagen, wenn sie nicht übermüdet war. Dies war gestern der Fall nach 1½ Stunden anstrengenden Turnens. Doch sei sie nur ein wenig unruhig gewesen und habe keine Angst empfunden.

Hypnose: Pat. erinnert sich an einen heftigen Schrecken, den sie im September 1906 in ihrem Schlafzimmer erlebte. Der Bruder hatte nachts nach dem Essen Besuch von Kameraden. Aus Irrtum kam einer der Jünglinge ins Schlafzimmer der Schwestern, so dass beide aufs heftigste erschracken.

7. 3. 1908. Im Bett ruhig, schäft bald ein, steht aber immer noch unter Erwartungsaffekt. Die Mama war ausgegangen am Abend und hatte gesagt, dass sie um 10 Uhr zurückkomme. Pat. war um 9 Uhr eingeschlafen, hörte 10 Uhr schlagen und erwachte, um sich zu vergewissern, ob die Mama da ist.

Hypnose: Es fällt ihr ein, dass an jenem Abend, als die Kameraden beim Bruder waren, diese vom Balkon, der sich am Zimmer des Bruders befindet, durch das Fenster in dessen Zimmer eingestiegen waren. Ihr Zimmerfenster befindet sich auf der anderen Seite des Balkons. Da habe sie gedacht, so könne man auch bei ihnen einsteigen. In der Angst habe sie schon einmal ein Bein am Fenster gesehen. Nachdem Pat. diese Szene erzählt hat, meint sie, sie könne nun wieder im Schlafzimmer mit der Schwester schlafen. Pat. hatte letzte Nacht allein in ihrem

Zimmer geschlafen und schlief um 9 Uhr ein. Sie spüre im Bett keine Unruhe mehr. Pat. folgt getreulich dem Rat, sich täglich über tiefe Eindrücke der Mutter gegenüber auszusprechen. Sie fühlt sich nach solchen Aussprachen sehr beruhigt. Die Mutter unterlässt es, am Abend nochmals ins Schlafzimmer der Pat. zu gehen um nachzusehen, ob sie schläft. Es geschah dies zur Kontrolle und es ergab sich, dass Pat. stets auf diesen Kontrollbesuch wartete. In der Hypnose treten keine Szenen mehr auf.

31. 3. 08. Es geht gut, Pat. ist glücklich, ruhig im Bett liegen zu können und nicht mehr von Unruhe und Angst gequält zu sein. Sie schlafe nun stets zwischen 9 und 9½ Uhr ein.

8. 5. 08. Schläft jetzt ohne weiteres ein, hört das Mädchen nicht mehr zu Bett gehen, schläft ruhig, weiss nichts von Angstträumen, hat auch keine Angst mehr in dem früheren Schlafzimmer zu schlafen.

Ich sehe die kleine Pat. hie und da, die Schlafstörung ist dauernd beseitigt.

Ich füge nun noch die Bruchstücke der Analyse jenes oben erwähnten 7jährigen Knaben bei:

Ludwig M. von E., 7 Jahre alt, kommt am 23. 5. 07 wegen Stotterns und ausserordentlich ängstlichen Verhaltens zur Konsultation. Sowie man den Knaben etwas barsch anspricht, ist er nicht imstande, zu antworten. Er verhält sich dann so, dass der Vater oft nicht weiss, ob es sich nicht um Eigensinn bei dem Knaben handle. Der Knabe sei vor einigen Jahren aufs heftigste erschrocken, als die neben ihm stehende Mutter auf der Treppe die brennende Lampe fallen liess. Es brach damals Feuer aus. In der

Schule konnte der Knabe gar nicht sprechen, bekam dann Unterricht in einem Sprachinstitut; es ging besser, aber nach einer körperlichen Erkrankung kam das Stottern wieder. Pat. sei unruhig im Schlaf, hat häufig Angstanfälle so stark, dass er ganz verwirrt spreche. Seit Neujahr sei er dreimal im Bett nachts aufgesprungen und habe gerufen: „Nicht hauen, nicht schlagen, Tante!" Pat. ist ein intelligenter Schüler. Als er eine Zeitlang durch Krankheit am Schulbesuch verhindert und zurückgeblieben war, hatte er viel Angst in der Schule und stotterte noch lebhafter.

29. 5. 07. Aufs Sopha gelegt und sich selbst überlassen, schläft Patient schnell ein. Mit Leichtigkeit lässt sich der Rapport herstellen und Pat. beobachtet die ihm auftauchenden Szenen in recht intelligenter Weise. Sofort durchlebt er, aber ohne zu erschrecken, die Szene mit der Lampe, dann taucht ihm der Nachbar auf, der ihm nachstellte und ihn hauen wollte, und ebenso spricht er sich über einen bestimmten Kameraden aus, der ihn öfters mit Prügeln bedenken wollte. Dann reproduziert er verschiedene Schrecken, so vor einer Dampfwalze, bei deren Anblick der Vater gesagt habe, da komme der Teufel. Dann erzählt er, wie ihn einmal sein Hund „Schnauz" durch Bellen erschreckt habe. Nach dieser Szene hat nach Angabe des Vaters das Stottern begonnen. Dann wieder habe er einen Schrecken gehabt, als der Hund einen Velofahrer anbellte. Dieser habe dem Hund einen Tritt gegeben und sei heruntergefallen. Dadurch sei Pat. stark erschrocken. Ebenso habe er hier auf dem Schulweg einen Schrek-

ken erlebt durch ein durchgehendes Pferd. Am 25. 5. sei er durch ein Gewitter stark erschrocken. Das erinnert ihn an einen äusserst heftigen Schrecken, den er letztes Jahr dadurch erlitten habe, dass der Blitz ins Haus schlug und alle Sicherungen der elektrischen Lichtleitung zerstörte.

3. 6. 07. Pat. reagiert heute in Hypnose, resp. im Schlafe, der in Hypnose umgewandelt worden war, sämtliche in der letzten Sitzung reproduzierten Schrekken ab. Die Szenen und die Affekte werden sehr deutlich.

6. 6. 07. Pat. spricht mir gegenüber heute ganz glatt, zu Hause stottert er noch öfters hie und da.

Hypnose: Pat. reproduziert einen Schrecken von der vorletzten Woche; er sei mit dem Regenschirm gegangen und habe den herannahenden Tramwagen nicht gesehen. Im letzten Augenblick sei er noch vom Geleise weggekommen. Dann ein Schrecken aus seinem 6. Jahre: Sein Bruder fiel mit dem Kopf ins Fenster, als er mit ihm allein war und hat sich stark verletzt. Pat. durchlebt die sämtlichen Szenen im Schlaf und stottert lebhaft beim Wiedererzählen.

10. 6. 07. Pat. soll besser sprechen. Er durchlebt im Schlaf nochmals die Lampenszene, erschrickt dabei, stottert beim Erzählen. Ruhig geworden, spricht er ganz glatt.

Er durchlebt noch einmal ganz genau verschiedene Szenen, wie die mit dem Velofahrer und Hund, bleibt aber ganz ruhig und stottert auch beim Erzählen nicht.

13. 6. 07. Bei dem gestrigen Gewitter blieb er ganz ruhig, während er sonst beim Herannahen eines

solchen sich zu Bette legte und sich darin vergrub, so dass er nichts sehen und hören konnte. Er blieb ganz ruhig und getrost auf der Strasse, rief noch der Tante, die am Fenster war, zu, sie solle schauen, was das für ein schöner Blitz sei. Später lag er, während das Gewitter noch andauerte, allein und ohne Furcht im Bett. Pat. reagiert noch eine Serie früherer Schrecken ab.

17. 6. 07. Pat. schläft nachts jetzt ruhig, heute habe er weder zu Hause noch in der Schule gestottert, wohl aber die Tage vorher, besonders wenn er aufgeregt ist, oft auch, wenn kein äusserer Grund zu erkennen ist.

Hypnose: Pat. sieht eine Szene zwischen seinem 3. und 4. Jahr. Er spielte mit seinem Hund im Garten, zerrte ihn am Schwanze herum, da schnappte dieser nach ihm; als er ihm wehren wollte, habe er nicht mehr recht sprechen können. Er habe dem Hund zugerufen: „Geh' weg!" dann sei er zu seinem Vater gelaufen und sagte ihm: „geh' und hol' den Schnauz, sperr ihn in den Schopf, er hat nach mir geschnappt."

20. 6. 07. Es gehe besser, seit der letzten Sitzung habe Pat. freier gesprochen, es sei aufgefallen, dass er bei den Anfangsbuchstaben „g und sp" mehr angestossen habe. Pat. sei in der letzten Zeit nicht mehr so ängstlich, auf Gewitter freue er sich, er sehe gerne den Blitz, und das Donnern mache ihm Spass. Pat. durchlebt noch einmal die Szene mit dem Hund. Trotz des auftretenden Affektes spricht er ohne zu stottern.

27. 6. 07. Es geht besser. Diese Szene mit dem Hund liess sich mit Sicherheit identifizieren. Der Vater war zu dieser Zeit im Garten mit Erdbeerpflükken beschäftigt, als der Knabe erschreckt zu ihm kam. Pat. gibt an, dass er noch Angst vor Pferden und Hunden habe, ebenso hie und da beim Sprechen und dann stottere.

1. 7. 07. Pat. spreche wieder besser, doch stottere er noch hie und da. In der Hypnose kommt ihm eine Szene, wo ihn ein schwarzer Pudel durch Anbellen heftig erschreckte. Das sei noch vor der Szene im Garten gewesen. Dann sieht er Szenen, wo er durch Pferde erschreckt wurde, einmal beim Schulhaus in E., als er 6 Jahre alt war, und dann wieder ein halbes Jahr später beim Bahnhof. Beide Male habe er hinten am Pferde gestanden, die Pferde hätten ausgeschlagen, ihn zwar nicht getroffen, aber er sei stark erschrocken. Das Gleiche sei ihm hier vor einem Monat passiert auf dem Schulweg. Pat. sieht die Szenen ganz deutlich, beschreibt alles ganz genau und stottert dabei.

5. 7. 07. Pat. stotterte die letzte Zeit, wenn er beim Erzählen in Eifer geriet. In der Hypnose durchlebt er wieder Szenen, wie ein Hund ihn durch Bellen erschreckt, dann wie ein Kaminfeger, als Pat. 4 Jahre alt war, ihn auf der Strasse erschreckte und ein zweites Mal, als er fünf Jahre alt war. Sieht deutlich, wie er vor dem Kaminfeger ausreisst, wie er in den Hof springt und sich versteckt. Dann taucht noch eine Szene auf, wie ihn ein schwarzer Spitz beim Bahnhof seines Dorfes erschreckte. –

Die Behandlung wurde aus äusseren Gründen unterbrochen. Auf meine eingezogenen Erkundigungen vernahm ich, dass Pat. gegen früher ganz anders geworden ist, nicht mehr ängstlich ist, und dass sich die Sprachstörung nur noch bei heftiger Erregung zeigt.

Verlag von Ernst Reinhardt in München.

Weitere Schriften von Prof. Aug. Forel:

Sexuelle Ethik. Ein Vortrag. Mit Anhang: Beispiele ethisch-sexueller Konflikte aus dem Leben. 26.—30. Tausend. 64 S. gr. 8°. 1908. **Preis Mk. 1.—.**

Ethische und rechtliche Konflikte im Sexualleben in und außerhalb der Ehe. 1.—5. Tausend. 8°. (66 S.) 1909. **Preis Mk. 1.—.**

Verbrechen und konstitutionelle Seelen-Abnormitäten. Die soziale Plage der Gleichgewichtslosen im Verhältnis zu ihrer verminderten Verantwortlichkeit. (Unter Mitwirkung von Prof. A. Mahaim.) 187 S. gr. 8° 1907. **Preis brosch. Mk. 2.50, in Lwd. geb. Mk. 3.50.**

Das Sinnesleben der Insekten. Eine Sammlung von experimentellen u. kritischen Studien über Insekten-Psychologie. Mit 2 Tafeln. gr. 8°. (450 S.) 1910. **Mk. 7.—.** — Dasselbe gebunden. **Mk. 8.50.**

Die psychischen Fähigkeiten der Ameisen und einiger anderer Insekten. Mit einem Anhang: Ueber die Eigentümlichkeiten des Geruchssinnes bei jenen Tieren. Vorträge, gehalten am V. Internationalen Zoologen-Kongreß zu Berlin. Mit 1 Tafel. 3. und 4. Auflage. 58 S. gr. 8°. 1908. **Preis Mk. 1.50.**

Ueber die Zurechnungsfähigkeit des normalen Menschen. Ein Vortrag, gehalten in der Schweizerischen Gesellschaft für Ethische Kultur in Zürich. 5. und 6. Auflage. 1908. 25 S. gr. 8°. **Preis 80 Pfg.**

Jugend, Evolution, Kultur und Narkose. Eine Ansprache an die Jugend. 1.—5. Tausend. 1908. 25 S gr. 8°. **Preis 50 Pfg.**

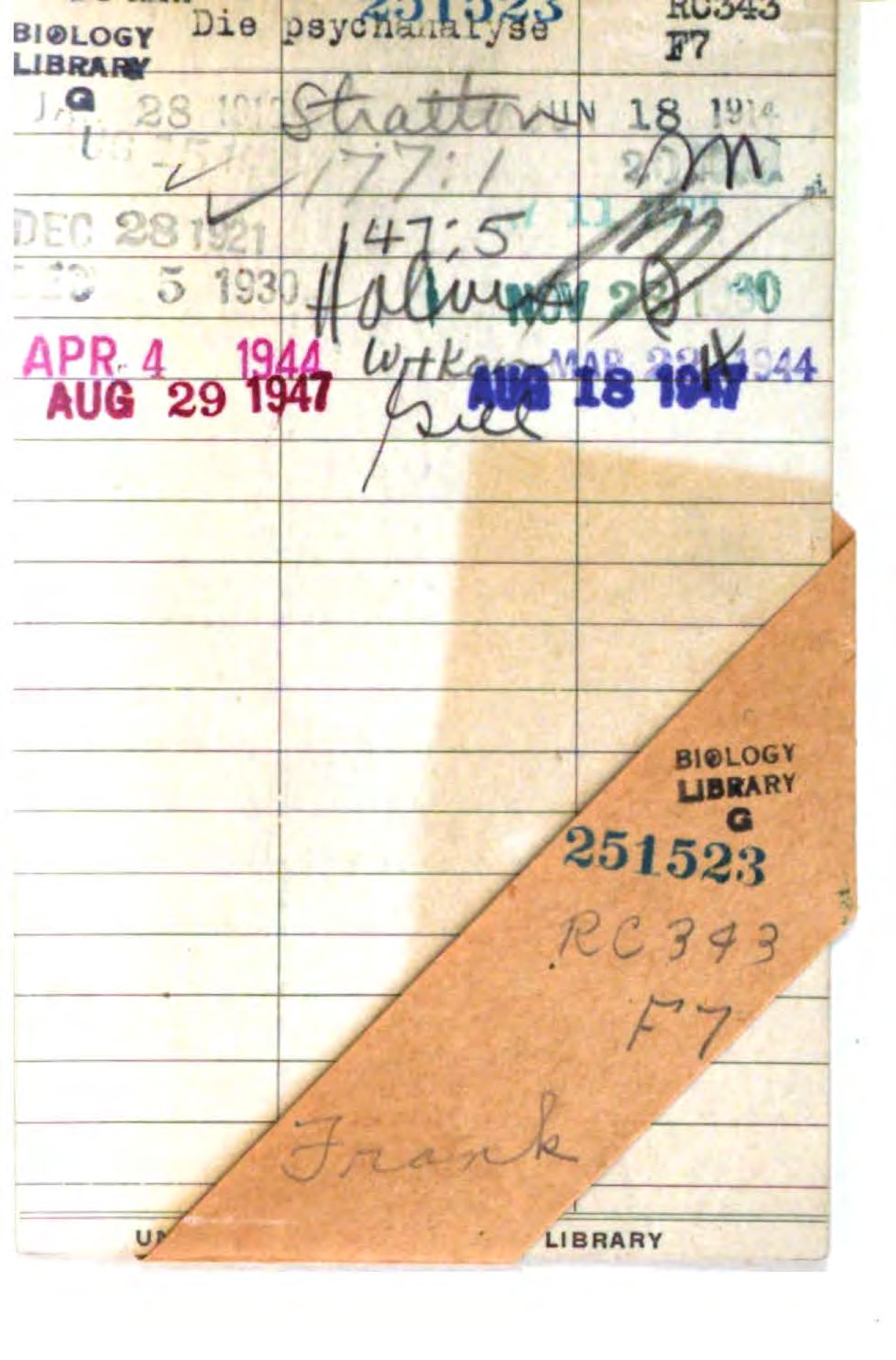
Leben und Tod. Ein Vortrag. 1.-5. Tausend. 1908. 32 S. gr. 8° **Preis 80 Pfg.**

Clouston, Prof. T. S., Die Gesundheitspflege des Geistes. Mit Vorwort, Anmerkungen und einem neuen Kapitel versehen von Prof. Aug. Forel. 1. bis 5. Tausend. 8°. (VIII u. 319 S.) 1908. In Lwdbd. **Preis Mk. 2.80.**

Solche Bücher, die von einem wissenschaftlich hochstehenden Autor, der gleichzeitig ein Mann praktischer Lebenskunde und -Kunst ist, geschrieben sind, wie dies, wären, wenn sie eine Verbreitung finden könnten wie unsere Moderomane, wirklich von größter Bedeutung, um die kranke Zeit auf richtige hygienische Bahnen zu leiten.
Münchener Mediz. Wochenschr. v. 27. 10. 08.

Druck von Max Steinebach, München, Baaderstr. 1 u. 1a.




BIOLOGY LIBRARY
Die psychanalyse
RC343
F7
251523
RC343
F7
Frank
LIBRARY

